

A rehabilitációról másképp – Kapcsolatok a munkajoggal, szociális joggal és fogyatékkosságtudománnyal

Dr. habil. Hoffman István
egyetemi docens
Eötvös Loránd Tudományegyetem
Állam-és Jogtudományi Kar

Dr. Jakab Nóra
egyetemi docens
Miskolci Egyetem
Állam-és Jogtudományi Kar

Fogalmi kérdések

A rehabilitáció hivatalos definícióját a World Health Organization (WHO) adta meg először 1980-ban: olyan *szervezett segítség*, amelyre egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. Orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási *intézkedések koordinált, személyre szabott összessége*, célja, hogy a rehabilitált megelégedett, boldog és lehetőleg teljes értékű polgára maradhasson a társadalomnak.¹

A WHO 2011-ben a rehabilitációt *intézkedések csoportjaként* definiálta, amelyek olyan egyéneket segítenek, akik fogyatékkal élnek, vagy valószínűsíthetően azzal fognak élni, azért, hogy optimális szinten kezeljék a környezetükkel való interakciókat, s ezt a képességüket megtartsák.² Mindez elengedhetetlenül szükséges annak érdekében, hogy megmaradjanak vagy visszatérjenek otthonukba, a közösségbe, önállóan éljenek, részt vegyenek az oktatásban, a munkaerő-piacon és a társadalmi életben.

A Fogyatékos Személyek Jogairól szóló ENSZ Egyezmény³ koncepciója is segített abban, hogy a rehabilitáció ma már nem pusztán orvosi kérdés. Olyan beavatkozásnak

¹ Köncei, Gy. (2009) A rehabilitációs és a fogyatékkosság. In: *Bevezetés a komplex rehabilitációba. Szöveggyűjtemény. Fogyatékkosságtudományi Tudásbázis*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest. 15.

² Concept Paper WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines) : "a set of measures that assist individuals, who experience or are likely to experience disability, to achieve and maintain optimum functioning in interaction with their environments" http://who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf (2014.07.08.)

³ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/RES/61/106, 24. January 2007, és Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/Res/61/106, 24. January 2007. Az Egyezmény keletkezéstörténetéről lásd még: Rothfritz, L. F. (2010): *Die Konvention der Vereinten Nationen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Eine Analyse unter Bezugnahme auf die deutsche und europäische Rechtsebene. Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 103-120., Dhanda, A. (2008): Constructing a new human rights lexicon: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Sur. International Journal on Human Rights*, 8. 44.; Daes, E. I. (1986): *Principles, Guidelines and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorder*. United Nations Sales Publications, Nr. 85. XIX. 9, New York.; Despouy, L. (1993): *Human Rights and*

tekinthetjük, amely diagnosztikai információt tartalmaz (orvosi és pszichológiai diagnózist), pszichoszociális információkkal együtt (személyiség jegyek, képességek, stressz, környezeti akadályok), egy olyan eljárás keretében, amelyben minden faktornak azonos jelentősége van az érintett foglalkozási rehabilitációja érdekében. A rehabilitáció alanyára az irodalomban többen úgy tekintenek, mint egy fogyasztóra, illetve kliensre/ügyfélre.⁴ Talán azért szerencsésebb a *fogyasztó* szó használata, mert a rehabilitáció eredményessége gazdasági értékeket hordoz, és a sikeres foglalkozási rehabilitáció alanya hozzájárul a termeléshez, növeli a produktivitás szintjét. Azaz a rehabilitáció mindamellett, hogy szociális célokat szolgál, gazdasági kérdés.

A rehabilitáció végén nagyon fontosak tehát a *foglalkoztatási célok*, ugyanakkor elvitathatatlan jelentősége van olyan rendszeres tevékenységeknek, amelyek erőt, szellemi és fizikai képességeket követelnek meg a klienstől. Ilyen a védett foglalkoztatás, önfoglalkoztatás, önkéntes munka, vagy az előre eltervezett napi, rutinszerű feladatok.⁵

A rehabilitációt tehát olyan *társadalmi gyakorlatnak* is felfoghatjuk, amely során a pácienst rehabilitálttá válik. A tradicionális rehabilitált passzív volt és a rehabilitáció tárgya; az új rehabilitációs attitűd viszont *aktív részvételt* kíván meg, és a képességekre helyezi a hangsúlyt. A korai értékelés, állapotfelmérés óriási jelentőséggel bír, akkor, ha az nem az akadályokra, hanem a képességre alapoz. Éppen ezért a rehabilitáció alanyának *értékelése* a rehabilitációs folyamat dinamikáját adja meg, és annak integrált része.⁶

A rehabilitációs folyamat az alábbi elemeket tartalmazza: problémák és igények meghatározása, a problémák módosítható tényezőkhez kapcsolása, kulcsprobléma meghatározása és megfelelő eszközök kiválasztása, tervezés, megvalósítás és koordinálás, hatások értékelése.⁷

A rehabilitációs szolgáltatások működőképessé tétele érdekében az alábbiakra van szükség:

- rehabilitációs politika, jogszabályok és nemzeti rehabilitációs tervek felülvizsgálata,
- a rehabilitáció humán erőforrásának, azaz a személyzet fejlesztése,
- a rehabilitációs szolgáltatások kiterjesztése és decentralizációja,
- technológiai és támogató eszközök fokozottabb használata,
- kutatási programok kiterjesztése, ideértve a jó gyakorlatok figyelembe vételét.⁸

A rehabilitáció WHO általi 2011-es koncepciója már a *Könczei György* által 2009-ben felvetett új paradigmának feleltethető meg. Ez alapján *a rehabilitáció egy kétirányú szakmai tevékenység, amelyben elkülönül a kliens és a társadalom*. Azaz a rehabilitáció egyrészt a kliens helyzetét javítja, másrészt a társadalmat alakítja át.

Disabled Persons. United Nations Sales Publications, Nr. E. 92. XIV. 4, New York, www.un.org/esa/socdev/enable/dipaperdes2.htm (2010.08.24.) Beijing Declaration on the Rights of People with Disabilities in the New Century, Adopted on 12 March 2000 at the World NGO Summit on Disability, 7. pont, www.dinf.ne.jp (2010.08.24.), Degener, T. (2006): Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen, Vom Entstehen einer neuen Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen. *Vereinte Nationen*, 3, 104., Klaus Lachwitz (2008): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, *BtPrax*, 4, 37-40.

⁴Lásd erről. Power, P. W. (2013): *A Guide to Vocational Assessment*. PRO-ED An International Publisher, Austin, Texas. Holmes, J. (2007): *Vocational Rehabilitation*. Blackwell Publishing, Oxford. Rubin, S. E. – Rosseler, R. T. – Rosseler, R. T. (2008): *Foundations of the Vocational Rehabilitation Process*. PRO-ED An International Publisher, Austin, Texas, 217. és azt követő oldalak

⁵ Power, P. W. (2013) xvii., Holmes, J. (2007) 12.

⁶ Uo.

⁷ World Report on Disability. World Health Organization, The World Bank, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1 (2014.07.08.) 96.

⁸ World Report on Disability 103-104.

A rehabilitáció főbb területei: az egészségügyi, a szociális, a foglalkozási, a pszichológiai, és a környezeti rehabilitáció, valamint az *empowerment*. Az állapotfelmérés és beavatkozás folyamatos, az intézkedések középpontjában az ember áll, s a beavatkozás hat mind az emberre, mind a környezeti tényezőkre. *Könczei György* szerint ez alapján a rehabilitáció tartalma: *a főbb területeken megvalósított tevékenység eredményeként a kliens és a társadalom együttes átalakítása, a kliens érdekében.*⁹

A magyar szabályozásban rehabilitáció alatt az alábbiakat értjük.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 4. §-a szerint *rehabilitáció*: az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése.

A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (a továbbiakban: Mmtv.) 1. §-a szerint a *rehabilitáció* orvosi, szociális, képzési, foglalkoztatási és egyéb tevékenységek komplex rendszere, amelynek célja a megváltozott munkaképességű személy munkaerő-piaci integrációja, megfelelő munkahelyen történő foglalkoztatásra való felkészítése, továbbá a munkaképességének megfelelő munkahelyen történő elhelyezés biztosítása.

A rehabilitáció komplexitása rendszerek között valósul meg, és egy folyamat. A két törvény alapján a rehabilitáció általánosságban célozza meg a fogyatékos személy önálló életvitelét, konkrétabban pedig felkészít a foglalkoztatásra és biztosítja az elhelyezést. Azaz a rehabilitáció és a munkaerő-piac közötti kapcsolat elvitathatatlan.

Megállapítható továbbá, hogy a rehabilitáció alanyai Magyarországon *a megváltozott munkaképességű személyek*. Azaz a biztosítási jogviszonnyal, szűken fogalmazva munkajogviszonnyal, megbízási vagy vállalkozási jogviszonnyal nem rendelkező fogyatékossgal élő emberek kiesnek a rendszerből. Véleményünk szerint ez a fogyatékossgal élő emberek csoportján belül indokolatlan különbségtételt eredményez. Tisztában vagyunk azzal, hogy a rehabilitáció alanyi körének bővítése vagy szűkítése mögött jelentős költségek jelennek meg, s az állam diszkrecionális jogkörébe tartozik, hogy milyen módon biztosítja a szociális biztonsághoz és a munkához való alkotmányos alapjogokat. Azonban a komplex rehabilitáció alanyi körének meghatározása során az egyenlő bánásmód elve, s így az egyenlő hozzáférés lehetősége sérül, hiszen nem minden munkaképes fogyatékos ember veheti igénybe a rehabilitációs szolgáltatásokat.

A rehabilitáció és a foglalkoztatás kapcsolata

A rehabilitáció *szűkebb értelemben* kapcsolódik a munkajoghoz, azaz a munkajogi szabályozáshoz. Akkor, amikor a megváltozott munkaképességű személy a rehabilitáció eredményeként elhelyezésre kerül, a munkajogi szabályozás jelentős lehet munkaélete szempontjából.

A rehabilitáció azonban *tágabb értelemben* foglalkoztatási, s foglalkoztatáspolitikai kérdés, s így mint az előbb említettük gazdasági kérdés. Nézzük meg először ezt közelebbről.

A rehabilitáció célja *a megváltozott munkaképességű munkavállaló munkaerő-piaci reintegrációja*. A munkaerő-piaci környezet azonban gazdasági és társadalmi értelemben rohamosan változik. A gazdasági erőviszonyok változása mellett az emberi jogi mozgalmak, s az azok keretében megjelenő, szociális kirekesztődéssel szembeni integrációs politika szintén formálják a munkaerő-piac szabályozását, amely változásokat a munkajogi szabályozás igyekszik minél előbb lekövetni.

Milyen is az a munkaerő-piac, amelyre a rehabilitált visszakerül, vagy ahonnan a rehabilitálandó kikerül? A megváltozott munkaszervezési formák, az új technológiai és

⁹ Könczei, Gy. (2009) 21-22.

tudományos eredmények a XXI. században alapvetően a *bizonytalanság és aggodalom* érzését keltik a munkavégzőkben. A munkaerő-piac a versenyszféra ringje, ahol az ép munkavégzők is meglehetősen nagy önbizalommal és komoly szakmai tudással tudnak csak érvényesülni. Ez a környezet *megnehezíti, és kihívások elé állítja* a rehabilitációt, azon belül a foglalkozási rehabilitáció intézményét, és a megváltozott munkaképességű munkavállalókat is. Hiszen, aki ma boldogulni szeretne a nyílt munkaerő-piacon az alábbi tulajdonságokkal kell, rendelkezzen:

- fejlett interperszonális képességek, csapatmunkára való képesség,
- probléma meghatározó és megoldási képesség,
- folyamatos tanulásra és megújulásra való képesség,
- az új technológiák befogadására való képesség.

A munkához való állandó alkalmazkodás a sikeres foglalkoztatás kulcsa lett. A fenti tulajdonságok mind a rugalmasságot segítik elő. A munkavégzőket a karrier-szemlélet még erősebben érinti a XXI. században. A rehabilitáció alanyának ráadásul azzal is meg kell birkóznia, hogy elfogadja a korábbihoz képest megváltozott képességeit, azt pszichoszociálisan is fel kell tudnia dolgozni.¹⁰

A munka-etika is megváltozott. Míg korábban a kemény munkának, ösztönzésnek, integritásnak volt jelentősége, addig ma a változások arra sarkalják a munkavégzőket, hogy érzelmileg ne kötődjenek a munkahelyükhöz, és külső motivációkat keresnek, így például a szabadidős tevékenységekben és a családban. Azaz a munka már nem feltétlenül a személyiség meghatározó építőköve.¹¹

Mindehhez a foglalkozási rehabilitációnak és azon belül a korábban hangsúlyozott, s a rehabilitáció dinamikáját is adó *értékelésnek* is igazodnia kell. Azaz már nem elegendő a papír alapú értékelés, szükség van foglalkoztatási helyzetek szimulálására. Mindehhez szükség van arra, hogy az értékelést végző tisztában legyen a munkaerő-piacon uralkodó trendekkel. Ez pedig feltételezi a mindenkor munkaügyi hivatalokkal való együttműködést. Az értékelésnek így holisztikus szemléletet kell alkalmaznia, és a kliens érzelmeit is integrálni szükséges, mivel a fogyatékossgal élő emberek általában alacsonyabb önértékeléssel és így kevesebb önbizalommal rendelkeznek. A rehabilitáció alanyai számára éppen a kiszámíthatóság lenne fontos, ugyanakkor a jelenlegi foglalkoztatási kultúra nem igényli a *hosszú távú elköteleződést*.¹²

A rehabilitáció terén tehát a XXI. században érezhető egy *feszültség*, amely feszíti annak kereteit. Miközben a rehabilitációnak alkalmazkodnia kell a változó munkáltatói struktúrához, munkavállalói attitűdhez és munkaszervezési formákhoz, a versenyben a rehabilitáció alanyai, a fogyatékossgal élő emberek, s azon belül a megváltozott munkaképességű munkavállalók lemaradni látszanak. A rehabilitációnak továbbá egyidejűleg általánosan kell alkalmazkodnia a változó gazdasági és társadalmi környezethez, s a munkaerő-piaci szolgáltatásait a versenyszemléletnek megfelelően szervezni, s ugyanakkor a fogyatékossgal élő embereknek speciális, igényekhez igazodó szolgáltatásokat is nyújtania kell.

Felmerül a kérdés, hogy vajon a magyar rehabilitációs foglalkoztatási gyakorlat megfelel-e a XXI. század kihívásainak? A magyar rehabilitáció vajon a folyamat során figyelembe veszi-e, hogy a jelenkor munkavégzője naprakész tudással, rugalmassággal, a munkaerő-piacon mindig megújulásra készen kell, álljon? Milyen tendenciák érvényesülnek benne?

A magyar rehabilitáció nagy utat tett meg 2008 óta, hiszen a 2007. évi, majd azt követően a 2011. évi jogszabályokkal a megváltozott munkaképességű személyek komplex rehabilitációját helyezte új alapokra. Mindez lehetővé tette, hogy a rehabilitáció valóban egy összetett folyamat eredménye legyen. A rehabilitációs hatóságok együttműködnek az Állami

¹⁰ Murray, B. – Heron, R. (2003) 3-4.; Holmes, J. (2007) 7-9.

¹¹ Murray, B. – Heron, R. (2003) 4.

¹² Uo. 5.

Foglalkoztatási Szervvel. A komplex rehabilitáció célja az, hogy az anyagi támogatás mellett az, akinek rehabilitációja javasolt, el tudjon helyezkedni a nyílt munkaerő-piacon.

Hiányoljuk azonban a szabályozásból a foglalkozási rehabilitáció szerepének hangsúlyozását és a foglalkoztatásra vonatkozó értékelés teljes körű kidolgozását. Úgy véljük, hogy az értékelés angolszász gyakorlata kiváló alap lehet a magyar szabályok részletes kidolgozására.

Az értékelést végző szakember munkájának jogi és etikai szabályozása szintén hiányos, ennek átgondolását javasoljuk.

A kihelyezés és a rehabilitációs folyamat közötti kapcsolatot a jelenlegi szabályozás a foglalkoztatáspolitikai intézkedésekkel és munkaerő-piaci szolgáltatásokkal teremti meg. Ugyanakkor nem látjuk úgy, hogy a kihelyezés a rehabilitációs folyamatban valóban egy kulcskérdés lenne. Ezt a rehabilitációs szakemberek munkájának egy központi elemévé kellene tenni, erre egy pontos szabályozást szükséges lefektetni, amely a foglalkoztatásra vonatkozó értékelési faktorokat együtt vizsgálja a kihelyezés három alapvető szempontjából, amelyek a foglalkoztathatóság, a munkáltatói követelményeknek való megfelelés, valamint a munka és képzettség összhangja.

Úgy véljük, hogy a komplex minősítés szempontjai között nem jelennek meg kellően a pszichológiai és képzési rehabilitáció szempontjai. Továbbá a komplex minősítés szempontrendszer nem tükrözi a rehabilitáció kétirányú jellegét, amely szerint cél a kliens állapotának javítása és a társadalom alakítása. Természetesen e tekintetben lehet arra hivatkozni, hogy a 2012. évi átalakítások összességében formálják a társadalom rehabilitációhoz való hozzáállását. *Tapasztalataink ugyanakkor azt mutatják, hogy a rehabilitáció átalakítása során szélesebb nyilvánosságot kapott a passzív ellátások szűkítése, mint az aktív megoldások munkaerő-piacra integráló szerepe.* A hangsúly a közgondolkodásban tehát még mindig inkább azon van, hogy minél kevesebb ember vegye igénybe indokolatlanul az ellátásokat. A szociális ellátórendszer fenntarthatósága érdekében valóban nagyon fontos szempontról van szó. Biztató ugyanakkor, hogy az Mmtv. 8. szerint a rehabilitációs hatóság biztosítja a rehabilitációs szolgáltatásokhoz, a közfoglalkoztatási lehetőségekhez való hozzáférést, ennek érdekében szükség szerint megállapodást köt a szolgáltatókkal. A foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások biztosításához a Kormány rendeletében meghatározott akkreditált foglalkozási rehabilitációs szolgáltatást nyújtó szervezetek részére támogatás nyújtható. A rehabilitációs hatóság a rehabilitációs célú munkaközvetítés érdekében együttműködik a munkáltatókkal, munkaközvetítést végző, illetve a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjával foglalkozó szervezetekkel, és a bejelentett munkaerő-igény alapján biztosítja a megfelelő munkavégző képességgel rendelkező, ellátásban részesülő személy és a munkáltató kapcsolatfelvételét, szükség szerint közvetít az ellátásban részesülő személy és a munkáltató között.

A minősítés rendszerét kritizálta *Prugberger Tamás* is. Kiemelte, hogy a minősítési szempontok között a rehabilitálható, de rehabilitációja nem javasolt kitételek sértik az egyenlő bánásmód követelményét, valamint a munkától távol maradásnak ez az egyik melegágya.¹³

Úgy látjuk, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló 327/2012. (XI. 16.) Korm. rendelet alapján szabályozott rehabilitációs foglalkoztatással megvalósul a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piacra integráló, támogatott foglalkoztatása. Azonban az alanyi kör megváltozott munkaképességű személyekre való leszűkítése sérti az egyenlő

¹³ Lásd: Prugberger, T. (2014): A társadalombiztosítás problematikus és lehetséges továbbfejlesztési kérdései. *Polgári Szemle* (10) 1-2. http://epa.oszk.hu/00800/00890/00058/EPA00890_polgari_szemle_2014_1-2_584.htm (2014.07.21.)

bánásmód követelményét, hiszen az csak a biztosítási jogviszonnyal rendelkező személyekre terjed ki.

A támogatott foglalkoztatás egy összetett folyamat, amelyben a magyar szabályozás szerint – az alábbiak játszanak fontos szerepet:

az akkreditált munkáltató által elkészített szakmai program és akcióterv,
a személyes rehabilitációs terv a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális
Hivatal által elkészített rehabilitációs tervvel összhangban. Ezt a rehabilitációs
tanácsadó készíti el a rehabilitációs mentor bevonásával.

Rehabilitációs tanácsadó és rehabilitációs mentor.

Segítő szolgáltatások.

Segítő személy.

Munkapróba.

Bérköltség támogatás.

A foglalkozási rehabilitáció és kihelyezés kapcsán írtak miatt azonban úgy véljük, hogy a magyar szabályok jelenleg nem tudják hatékonyan segíteni a megváltozott munkaképességű személyek tartós foglalkoztatását a munkaerő-piacon, felkészítve őket az állandóan változó munkafeltételekre, és folyamatos megújulási képességre.

Az ENSZ Egyezmény 26. cikke¹⁴ rávilágított arra, hogy a célcsoport rehabilitációja egy rendszerbe illeszkedő kérdés, amely kapcsolódik a munkavégzéshez, felnőtt-védelemhez, oktatáshoz és társadalombiztosításhoz.

A foglalkozási rehabilitáció a vizsgálódás alapján valóban kapcsolódik a foglalkoztatás-szociál- és oktatáspolitikához. Magyarországon is tapasztalható ez a kapcsolódás a nyugdíjrendszer reformja és munkaerő-piaci szolgáltatások miatt. Ha a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokat és a rehabilitáció folyamatát tekintjük, egyértelmű, hogy nincs sikeres foglalkozási rehabilitáció eredményes kihelyezés és nyomon követés nélkül. Mindez a munkaerő-piaci szolgáltatások, köztük a foglalkoztatási támogatások foglalkozási rehabilitációs folyamatba való bekapcsolását feltételezik. Ez pedig a rehabilitációs szakembertől is azt várja el, hogy tisztában legyen a munkáltatói kereslettel, a foglalkozási rehabilitáció alanyait pedig ezen kereslet felé orientálja. Ebben a folyamatban elvitathatatlan szerepe van a kliens értékelésének, a megfelelő értékelési módszer megválasztásának.

A rehabilitációban bekövetkezett paradigmaváltásban, amely szerint a kliens gyógyítása mellett a társadalmat is alakítani kell, igen nagy szerepe van a fogyatékossg felfogásában bekövetkezett változásnak, nevezetesen az orvosi modellről a szociális és emberi jogi modellre való áttérésnek. Ebben a váltásban a fogyatékossggal élő ember másokkal egyenlősége és társadalmi integrációja kulcsszerepet játszik. A folyamatban azonban kevés szó esik a rehabilitációban is megnyilvánuló hátrányos megkülönböztetésről. A fogyatékossggal élő emberek heterogén csoportján belül gyakori a nőkkel szembeni diszkrimináció, továbbá a biztosítási jogviszonnyal rendelkező és nem rendelkező fogyatékossggal élő emberek közötti megkülönböztetés. A rehabilitáció folyamatába többnyire azok kapcsolódhatnak be, akik a

¹⁴ *A fogyatékossggal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (2006) 26. cikke* értelmében a részes államok megtesznek minden hatékony és szükséges intézkedést – ideértve a sorstársi segítségnyújtást is – annak érdekében, hogy a fogyatékossggal élő személyek számára az élet minden területén biztosított legyen a legteljesebb függetlenség, a fizikai, mentális, szociális és szakmai képességek, valamint a teljes befogadás és részvétel elérése és megtartása. E célból a részes államok átfogó rehabilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokat és programokat hoznak létre, erősítik és kiterjesztik azokat, különös tekintettel az egészségügy, a foglalkoztatás, az oktatás és a szociális szolgáltatások terén, oly módon, hogy a rehabilitációs és rehabilitációs szolgáltatások és programok: a lehető legkorábbi szakaszban kezdődnek, és az egyéni igények és képességek multidiszciplináris értékelésén alapulnak;

támogatják a közösségben való részvételt és az abba való befogadást, önkéntes alapon működnek, és a fogyatékossggal élő személyek lakóhelyéhez – a vidéki régiókat is beleértve – a lehető legközelebb vannak.

munkaerő-piacon már szereztek tapasztalatot. A hosszú ideig intézményben élő mentálisan sérült emberek eleve kiszorulnak a szolgáltatásokból. Éppen ezért a rehabilitációs programoknak külön figyelmet kellene szentelnie a kiszorult személyekre. Ennek megvalósítása érdekében fontos lenne a nemzeti fogyatékosügyi szervezetekkel való együttműködés a rehabilitációs akcióprogramok kialakítása és implementálása során.

A rehabilitáció és a munkajog kapcsolata

Mint fentebb említettük, a rehabilitáció szűkebb értelemben kapcsolódik a munkajoghoz.

A *Munka Törvénykönyve* tartalmaz rendelkezéseket *a fogyatékossgal élő személyre, rehabilitációs ellátásban részesülőre és a cselekvőképtelen munkavállalóra*. Mindez zavart kelthet a munkajogi rendelkezések alkalmazása során. Mivel a rehabilitáció sikerét a kihelyezett ügyfél tekintetében a munkaviszony létesítése és annak fenntartása jelenti, úgy véljük, hogy vannak olyan munkajogi rendelkezések, amelyekkel a siker elősegíthető. Azonban kifejezett és szándékolt kapcsolat nincs a rehabilitáció és a munkajogi szabályozás között, kapcsolódási pontokat azonban találunk a Munka Törvénykönyvében (Mt.).

Úgy véljük, hogy a fogyatékossgal élő személy esetében szem előtt tartandó ésszerű alkalmazkodás követelménye az egyik ilyen kapcsolódási pont.¹⁵ Az Mt. ugyanakkor nem részletezi, hogy mit ért ésszerű alkalmazkodás alatt. Valószínűleg a bírói gyakorlat esetről esetre fogja megadni az értelmét.

A rehabilitációs ellátásban részesülő személy hozzájárulása nélkül nem kötelezhető más helységben végzendő munkára (Mt. 53.§ (3)).

Az Mt. 66.§ (7) bekezdése szerint a rehabilitációs ellátásban és 2014. december 30-ig a rehabilitációs járadékban részesülő személy felmondási védelemben részesül. A felmondási védelem egy olyan munkajogi kérdés, amely a kihelyezés tartósságát is meghatározhatja. A munkaáltatók ugyanis egyre inkább vonakodnak a szigorú és megkötő szabályoktól. Nemcsak a munkaviszony létesítését, hanem annak megszüntetését is szeretnék minél „rugalmasabban” kezelni. A felmondási védelem felmondási korlát formájában jelenik meg a munkáltató által közölt *munkavállaló egészségi okkal összefüggő képességével indokolt felmondás* esetén. Azaz nem minden felmondási indok esetén érvényesül a korlát. Véleményünk szerint a rehabilitációs ellátásban részesülő személyre leszűkített, minimális tartalmú felmondási korlát a munkajogi szabályozás azon tendenciájába illeszkedik, amely a túlzottan munkavállaló centrikus szabályozást igyekszik gyengíteni, miközben a jogviszonyt a munkaviszony keretein belül tartja. Ugyanakkor véleményünk szerint a felmondás védelmi szabály alanyi körének leszűkítése az egyenlő bánásmód követelményébe is ütközik. Miért nem illeti meg ez a fogyatékossgal élő embereket általánosságban?¹⁶

Hol van az arany középut a felmondás-védelmi szabályozásban? Meddig motiváló a munkáltató számára? Egy bizonyos: a felmondás-védelmi szabálynak egy tágabb foglalkoztatáspolitikai koncepcióba kell illeszkednie és az egyenlő bánásmód sérelme elkerülése érdekében valamennyi fogyatékossgal élő emberre ki kellene terjeszteni.

¹⁵ 51.§ (5) A fogyatékossgal élő személy foglalkoztatása során gondoskodni kell az ésszerű alkalmazkodás feltételeinek biztosításáról.

¹⁶ A német és osztrák szabályozás erős felmondás védelmi szabályozást is lehetővé tesz. Különösen igaz ez a német példára. Látni kell azonban, hogy a német szabályozás erősen protekcionista személetű, a rehabilitáció magas szinten megszervezett és a fogyatékos embereket segítő intézményi hálózat nagyszerűen együttműködik. Az SGB IX. egy többszereplős, jól kidolgozott munkajogi és szociális jogi szabályozást tartalmaz.

A cselekvőképtelen munkavállaló fogalma az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek munkához való jogát tölti meg tartalommal.¹⁷ Az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek foglalkoztatása az alábbi specialitásokat vetette fel: a munkaköri leírás részletesebb, az egészségügyi alkalmassági vizsgálat és a munkaköri feladatok teljes egészében lefedik egymást. A munkavégzést folyamatosan felügyelni kell. A munkavédelmi szabályok fokozottan érvényesülnek. A fiatal munkavállalókra vonatkozó rendelkezések az irányadók, viszont kártérítésre és sérelemdíj fizetésére nem kötelezhetők (Mt. 141. §).

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő munkavállaló foglalkoztatása esetén a fentiekén túlmenően az alábbi intézményeknek is komoly szerepe lehet: a kollektív munkajogi intézményeknek, és a támogatóknak a munkahelyen. Ezekre a kihasználás megelőzése érdekében lenne nagy szükség.

Ugyanakkor a cselekvőképtelen munkavállaló az, akinek az ésszerű alkalmazkodásra kiemelten szüksége van. Mindez persze akkor van így, ha a foglalkoztatásra nem védett körülmények között kerül sor, hanem a nyílt munkaerő-piacon, azaz a foglalkoztatásuk nem szociális, hanem gazdasági kérdés. Ellentmondás a szabályozásban, hogy az Mt. ezen célcsoportja, a cselekvőképességükben teljesen korlátozott személyek általában nem kerülnek be a rehabilitációs rendszerbe, pedig munkavállalásuk szempontjából ennek óriási jelentősége van.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a Munka törvénykönyve a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását illetően nem következetes. Az Mt. nem a megváltozott munkaképességű munkavállaló fogalmat használja, hanem a „legalább 50 százalékos mértékű egészségkárosodással rendelkező személy” fogalmát, aki tulajdonképpen a rehabilitációs ellátásban részesülő (2014. december 30-ig rehabilitációs járadékban részesülő személy is volt a rendszerben). Az Mt. külön kezeli a fogyatékos személy és a megváltozott munkaképességű személy fogalmakat. Az ésszerű alkalmazkodás követelményeit a szűkebb és a tágabb alanyi kör esetén is alkalmazni kellene. A felmondás védelmi szabály jelentősen szűkült az Mt-ben a régi Mt-hez és az azt megelőző szabályokhoz képest is. A cselekvőképtelen munkavállaló helyes céllal került be az Mt-be, azonban idegen testként szerepel a szabályozásban. A cselekvőképtelen munkavállaló tényleges foglalkoztatása mögött komplex rehabilitációs szolgáltatásoknak kell felsorakoznia, a foglalkoztatás során pedig elengedhetetlen a munkáltató és a rehabilitációs szakemberek kapcsolattartása. Mindezt jelenleg hiányoljuk a szabályozásból.

A rehabilitáció és a szociális jog kapcsolata

Az előzőekben részletesen bemutattuk a rehabilitáció és a foglalkoztatás, valamint a munkajog kapcsolatát, amelyek kiemelten fontosak, hiszen a modern jóléti társadalmakban az egyének megélhetésének és létbiztonságának legfontosabb forrása a munkajövedelem megszerzése. Éppen ezért a modern szociálpolitikai rendszerek egyik központi célkitűzése – ha

¹⁷ 212. § (1) A cselekvőképtelen vagy a cselekvőképességében a munkaviszonnyal összefüggő ügycsoportban részlegesen korlátozott munkavállaló csak olyan munkakörre létesíthet munkaviszonyt, amelyet egészségi állapotánál fogva tartósan és folyamatosan képes ellátni.

2) A munkavállaló munkakörét az ahhoz tartozó feladatok részletes leírásával kell meghatározni. A munkavállalóra vonatkozó egészségügyi alkalmassági vizsgálat kiterjed a részletes munkaköri feladatok ellátására.

(3) A munkavállaló munkavégzését folyamatosan és oly módon kell felügyelni, hogy az az egészséges és biztonságos munkafeltételek megtartását biztosítsa.

(4) A munkavállalóra a fiatal munkavállalóra vonatkozó rendelkezések megfelelően irányadók azzal, hogy kártérítésre vagy sérelemdíj megfizetésére nem kötelezhető.

különböző eszközökkel is – éppen a munkaerőpiacra való visszatérés elősegítése, azaz a tágabb értelemben vett rehabilitáció.¹⁸

A szűkebb értelemben vett – a tanulmány első részében kifejtett – rehabilitáció körében is kiemelten fontos így a munka világába történő visszatérés elősegítése. Ennek a célkitűzésnek azonban nemcsak foglalkoztatáspolitikai, hanem munkajogi eszközei vannak, hanem a szociális jog is hozzájárul ezekhez. A szűkebb értelemben vett – a munkajogon és a foglalkoztatáspolitikán kívüli – szociális jog megközelítései azonban eltérőek, s eltérő módon adnak választ a problémára. Így elsőként azt tekintjük át, hogy milyen hozzáférési elven nyújthatnak támogatást ezen jogterület szabályai alapján.

A rehabilitációs jellegű ellátások lehetséges főbb csoportjai

A szociális ellátásokat többféleképpen csoportosíthatjuk, azonban a rehabilitációs ellátások körében két szempontrendszer kell kiemelnünk.

Ebből az első az *ellátás finanszírozása* szerinti, amely alapján megkülönböztethetjük a *biztosítási elvű* és az adókból finanszírozott ellátásokat.¹⁹ Ez a megközelítés elsősorban a társadalombiztosítás jelentős súlyára építő, bismarcki alapú rendszerekben kiemelten jelentős. Ahogyan Gøsta Esping-Andersen is kiemelte munkáiban, a bismarcki rendszerekben a foglalkoztatásban részt vevő kenyérkereső jövedelmi biztonsága kiemelt cél,²⁰ így itt a foglalkoztatottak kötelező járulékbefizetéseiből nyújtott járadékok a szociális biztonság biztosításának fontos eszközei. Ez a rendszer hagyományosan *jövedelempótló* ellátásokat nyújt, azaz már a XIX. századtól ilyen ellátást biztosított a munkahelyi balesetek és a megrokkulás miatti tartós keresőképtelenség esetére. Így – eredeti formájában – ez a modell a rehabilitáció helyett a létbiztonság fenntartására helyezte a hangsúlyt, amely a munkaerőpiacra való visszatérés ellen hatott, így kialakulhatott a „jólét munka nélkül” elnevezéssel illetett csapdahelyzet,²¹ amelyet elsősorban foglalkoztatáspolitikai eszközökkel kívántak feloldani (ezen eszközöket döntően az előzőekben már áttekintettük). A hagyományos bismarcki modellt követő államokban a járulékból fedezett ellátások forrásait elkülönülten kezelik az általános adóbevételekből. Ezek a befizetések célhoz kötöttek és tekintetükben nemcsak a szerzett jogok védelme, hanem a célhoz kötött befizetések miatt a tulajdonhoz való jog alkotmányos védelme is érvényesül, azaz a befizetőt egyfajta váromány illeti meg a juttatásra.²² Abban az egyes európai rendszerek már eltérnek, hogy a szolidaritási elvet mennyiben érvényesítik, s így az mennyiben korrigálja a magánjogias alapú biztosítási elvet. Az ellátások másik fő csoportját az *adóbevételekből finanszírozott ellátások* jelentik. Ezek forrásául nem célzott bevételek, hanem az általános adóbevételek szolgálnak, így ezek esetében – a célhoz kötöttség és az ahhoz kapcsolódó alkotmányos tulajdonvédelem hiánya miatt – a felhasználási szabadság is szélesebb. A modern, jogállami jóléti államokban általában az ellátások biztosításának alkotmányos korlátját a jogállamiság (angolszász területeken a *rule of law*) részét képező jogbiztonság (kiszámíthatóság) elvéből levezethető szerzett jogok védelme, valamint más alapjogok – így különösen az emberi élet és méltóság védelme – védelme jelenti.²³

Az ellátások másik fő csoportosítási szempontját a *hozzájutás elve* jelenti. A biztosítási elvű szolgáltatások mellett, amelyeket az előbbiekben részletesen jellemeztünk, elkülöníthetjük

¹⁸ L. Krémer, B. (2009): *Bevezetés a szociálpolitikába*. Napvilág Kiadó, Budapest, 120-122., valamint Fazekas, M. (2004): Szociális igazgatás. In: Ficzer, L. – Forgács, I. (szerk.): *Magyar közigazgatási jog. Különös rész európai uniós kitekintéssel*. Osiris Kiadó, Budapest, 280-282.

¹⁹ L. Fazekas (2004) 283-285.

²⁰ L. Esping-Andersen, G. (2006): Ismét a Jó Társadalom felé? *Esély* 18 (6) 17.

²¹ L. Esping-Andersen, G. (2006) 18.

²² A rendszer legklasszikusabb példáját Németország jelenti, amelynek jellemzését illetően részletesen l. Kirchhof, F. (2007): Finanzierung der Sozialversicherung. In: Isensee, J. – Kirchhof, P. (hrsg.): *Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland Band V Rechtsquellen, Organisation, Finanzierung*. C. F. Müller, Heidelberg 1442-1448.

²³ L. Hoffman, I. (2015): *Bevezetés a szociális jogba*. ELTE Eötvös, Budapest, 37-38.

az *alanyi jogon nyújtott ellátásokat*, a *normatív módon szelektív ellátásokat* és a *rászorultsági alapú ellátásokat*.²⁴ Az alanyi jogú ellátások a rehabilitáció terén is szóba jöhetnek, azonban szerepük szűkebb, hiszen itt valamilyen sajátosság – fogyatékkal járó élethelyzet vagy megváltozott munkaképesség – miatt jelenik meg a támogatás, nem pedig az állampolgári jog (vagy állampolgári joggal egy tekintet alá más státus) révén. Éppen ezért az alanyi jogú ellátások mellett itt jelentősebb a *normatív módon szelektív ellátások szerepe*, amelyek jellemzően a fogyatékos élethelyzethez vagy valamely megváltozott munkaképességhez kapcsolódó, a jövedelmi vagyoni rászorultságtól nem függő, s előzetes biztosítási jogviszonyt nem vagy csak korlátozottan megkövetelő juttatások. Az adóból finanszírozott ellátások harmadik csoportját a *rászorultsági ellátások* jelentik, amelyek tekintetében nincs szükség előzetes biztosítási jogviszonyra, azonban az ellátás igénybevételének feltétele a törvényben meghatározott (havi) jövedelem és vagyon hiánya. Ezek az ellátások jelentik az angolszász rendszer rendszerképző jellegű juttatásait, azonban a bismarcki (valamint a részben arra építő latin és kelet-közép-európai) és a skandináv rendszerekben is jelen vannak, mint egyfajta védőháló, amely a biztosítási és alanyi jogú (normatív módon szelektív) juttatásokra nem jogosult személyeknek nyújtanak egyfajta biztonságot, „végső menedéket”.²⁵

Ahogy már korábban is bemutattuk, a fogyatékoság körében több modell jelenik meg, s bár azt is jeleztük, hogy a rehabilitáció jóval tágabb kört fog át a fogyatékossgal járó élethelyzeteknél, azonban az ellátások értelmezése körében is szempont lehet, hogy mely fogyatékossgal összefüggő értelmezési keret jelenik meg abban. A pénzbeli ellátásoknál ki kell emelni, hogy *jellemzően a medikális modell* érvényesül. Ennek a legfőbb okaként a szakirodalom azt jelöli meg, hogy ebben az esetben szűk erőforrások elosztásáról van szó, amelynek körében a medikális modell természettudományos alapú megközelítése objektívizált és így előre kiszámítható és ellenőrizhető elosztási rendszerek kialakítását teszi lehetővé. Ez a rendszer a nyugati jóléti államokban a fogyatékossgtudomány fejlődésével részben megváltozott, s az egészségkárosodás mellett más szempontok is megjelentek, azonban az egészségügyi megközelítés ezen a téren ma is meghatározó.²⁶

Rehabilitációs pénzbeli ellátások rendszere 2011/12 előtt

A magyar ellátórendszer a fentiekben felvázoltakhoz hasonlóan egy többelemű rendszer volt. Az új modell a rendszerváltást követően alakult ki, amely elsősorban a biztosítási elvű ellátásokra, valamint a biztosítási elemet is tartalmazó, azonban inkább a normatív módon szelektív ellátások körbe sorolható sajátos, esetileg kialakult juttatásokra épített.

A korábbi rendszer *hárompilléresnek* volt tekinthető. Az első – és meghatározó – pillért a *biztosítási elvű ellátások* jelentették, amelyek közül a leginkább jelentős ellátást a *rokkantsági nyugdíj* jelentette. A rokkantsági nyugdíjra való jogosultságot kezdetben munkaképesség-csökkenés és az életkorral arányos, külön törvényben meghatározott szolgálati idő (azaz előzetes biztosítási jogviszony) fennállta alapozta meg. A rokkantsági nyugdíj rendszerét számos kritika érte: az 1992-ben átalakított rokkantsági nyugdíjrendszer ugyanis fenntartotta ezeknek az ellátásoknak a hagyományos bismarcki modellre jellemző jövedelempótló jellegét, így az elsősorban a kieső jövedelem valamilyen mértékű kompenzálását tűzte célul, s csak nagyon szűk körben tartalmazott a munkaerőpiacra való visszatérésre – így a rehabilitációra – vonatkozó ösztönzőket. Egyes elemzések kiemelik, hogy ez a rendszer ráadásul – egyfajta nem

²⁴ L. Fazekas (2004) 284.

²⁵ L. Gilson, S. F. & DePoy, E. (2008): Explanatory Legitimacy: A Model for Disability Policy Development and Analysis. In: Sowers, K. M. & Dulmus, C. N. (eds.): *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare*. Wiley, Hoboken (NJ), 209-212.

²⁶ L. Erkulwater, J. (2006): *Disability Rights and the American Safety Net*. Cornell University Press, Ithaca (NY) – London (UK), 226-227.

szándékolt mellékhatásként – a munkanélküliség kezelésének eszközéül is szolgált – hasonlóan más rendszerváltó, kelet-közép-európai államokhoz.²⁷ Erre is figyelemmel, a fenti ellátást megállapító határozatok száma az 1990-es évek végétől csökkenő tendenciát mutatott.²⁸ Ebben a rendszerben a 2007-es reform hozott változást. A 2007. évi LXXXIV. törvény a munkaképesség-csökkenés helyett az egészségkárosodást tekintette központi fogalomnak, s a külön (elsősorban orvosi jellegű) szakértői vélemény alapján rehabilitálhatónak minősülő személyek nem rokkantsági nyugdíjra, hanem ún. rehabilitációs járadékra váltak jogosulttá, amelynek keretében ezeknek a személyeknek az állami foglalkoztatási szervvel – azaz az Állami Foglalkoztatási Szolgálat dekoncentrált szerveivel, elsősorban a (kistérségi) munkaügyi kirendeltségekkel – rehabilitációs megállapodást kellett kötni, s velük együtt kellett működni. Így a rendszer megkísérelte a jövedelempótló jelleg mellett a rehabilitációs szempontot is érvényesíteni, azonban erre csak korlátozottan volt lehetőség. A fenti ellátást megállapító döntések száma – figyelemmel arra, hogy 2008-at követően felülvizsgálat körében egyes korábbi rokkantsági nyugdíjak mellett ezt állapították meg – 2009-ben és 2010-ben emelkedett, azonban ennek a modellnek az utolsó évében, 2011-ben csökkent.

1. táblázat: *Rokkantsági nyugdíjat és rehabilitációs ellátásokat megállapító határozatok száma 2000-2011*

Év	Rokkantsági nyugdíjat megállapító határozatok száma	Rehabilitációs járadékot megállapító határozatok száma
2000	54 196	-
2004	45 966	-
2008	26 272	2 246
2009	23 238	12 525
2010	24 994	13 210
2011	22 097	8 532

Forrás: KSH Stadat²⁹

A rendszer második pillérét a részben biztosítási elvet is megjelenítő, részben a rászorultsági elvre is építkező, azonban a normatív módon szelektív ellátások jellemzőit is mutató *különböző jövedelempótló járadékok* voltak. Ezek jellemzően a rokkantsági nyugdíjra – elsősorban a kisebb fokú munkaképesség csökkenés vagy a rövidebb biztosítási idő – miatt megfelelni nem tudó, azonban munkaképesség csökkenésük miatt veszélyeztetett, vagy az adott szakmában – például bányász, balettművész – a munkaképesség csökkenés miatt nehezen elhelyezkedni képes személyek számára nyújtott, a tisztán biztosítási elvű ellátásoknál alacsonyabb összegű ellátást. A fenti rendszer szintén jövedelempótló jellegű volt elsősorban, a rehabilitációs elv – legalább is a szabályozásban – szintén 2007-től jelent meg ezen a területen.

Tisztán jövedelemkiegészítő jellegű a megváltozott munkaképességű személyek körétől részben eltérő fogyatékos személyek sajátos, normatív módon szelektív jellegű, a fogyatékossgal együttjáró szükségszerű többletköltségekhez biztosított, 1998-at követően bevezetett ellátás, a *fogyatékossgal támogatás*. Ezt az ellátást a Fot. vezette be, s egyben egyfajta egységesítést is jelentett, hiszen felváltotta az addig fogyatékossgal típusonként elkülönülő önálló ellátások rendszerét.

²⁷ L. Hörschelmann, K. (2004): The social consequences of transformation. In: Bradshaw, M. & Stenning, A.: *East Central Europe and the Former Soviet Union. The Post Socialist States*. Edinburgh, Pearson, 222-224.

²⁸ L. 1. sz. táblázat

²⁹ L. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp002.html (letöltés ideje: 2015. január 31.)

A rendszer *harmadik pillérét* a rászorultsági ellátások jelentették, amelyekre a munkajövedelemmel, előzetes biztosítási idővel és a törvényben rögzített vagyonnal nem rendelkező aktív korúak (és időskorúak) voltak jogosultak. Erre a célra a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) által meghatározott segélyek, az ezredforduló időszakának reformjait követően elsősorban a rendszeres szociális segély szolgált.

Miként jeleztük, ebben a pénzbeli ellátási rendszerben a fő cél a *jövedelem pótlása volt*, a rehabilitáció elsősorban jogszabályi jellegű célkitűzésként csak később, 2007/2008-ban jelent meg. A következőkben bemutatjuk, hogy 2011-ben, a régi rendszer működésének utolsó évében hogyan alakult az egyes pillérekre fordított összeg.

2. táblázat *Rokkantsági és rehabilitációs eljárások – a rászorultsági alapú ellátások nélkül 2011-ben*

Pillér	Ellátás típusa	Költségvetési kiadás (M Ft)
<i>Biztosítási elvű ellátások</i>	Rokkantsági nyugdíj az öregségi nyugdíjkorhatárt betöltő személyek részére	380 496,3
	Rokkantsági nyugdíj az öregségi korhatárt be nem töltött személyek részére	279 035,7
	Rehabilitációs járadék	25 644,0
<i>Sajátos, vegyes jellegű ellátások</i>	Rokkantsági járadék	13 340,0
	Megváltozott munkaképességűek járadéka	61 726,0
	Bányászok sajátos járadékai	7 610,0
	Megváltozott munkaképességűek keresetkiegészítése	500,0
Összesen (nyugdíjkorhatár alatt)		380 245,7

Forrás: 2010: CLXIX. törvény (saját szerkesztés)

Rehabilitációs jellegű pénzbeli ellátások 2011/12-t követően

A rendszer átalakítását már előre jelezte, hogy – miként már röviden említettük – az Alaptörvény jelentősen átalakított a szociális biztonság alkotmányos szabályait: a szociális biztonsághoz való jogot a szociális biztonságra törekvő államcélja váltotta fel, amelynek révén jelentősen csökkent a jóléti rendszer ellátásai védelmének alkotmányos szintje is.³⁰

Ezen alkotmányos alapokkal és változásokkal összhangban állt a rendszert átalakító Mmtv. is. A törvény először is a korábbi rokkantsági nyugdíjat és a rehabilitációs járadékot megszüntette, s azt beolvasztotta a megváltozott munkaképességűek újonnan kialakított ellátórendszerébe. Mivel az új alkotmányos rendszerben a nyugdíjkorhatárt betöltött személyek, valamint egyes, a nőket megillető kedvezményekkel (a törvényi szabályozás alapján a legalább 40 éves szolgálati viszonnal rendelkező nők) összefüggő nyugdíjak részesülnek csak a korábbiaknál alacsonyabb szintű alkotmányos védelemben, így a megváltozott munkaképességűek ellátásai radikális átalakításának nem voltak alkotmányos akadályai. Ennek keretében a törvényhozó a korábbi ellátásokat felváltó új juttatások körében egyrészt alacsonyabb ellátási szintet állapíthatott meg. Másrészt az ellátás megállapításához egy új, elvileg komplex vizsgálati rendszeren alapult. Amennyiben a törvény és végrehajtási rendeleteinek szabályait megvizsgáljuk, akkor láthatjuk, hogy a *terminológiájában* a szociális

³⁰ L. Hoffman, I. (2013): Szociális igazgatás. In: Lapsánszky, A. (szerk.): *Közigazgatási jog. Fejezetek szakigazgatásaink köréből. III. kötet Humán közszolgáltatások igazgatása*. Complex, Budapest, 244.

modell irányába elmozduló új rendszerben – hiszen rokkantság és egészségkárosodás helyett a megváltozott munkaképesség kifejezést használta, s komplex felülvizsgálatról szóltak a jogszabályi rendelkezések – továbbra is az *egészségügyi elemek domináltak*. Mindezeket túl az egészségügyi megközelítést és a vizsgálat szempontrendszere mellett az is alátámasztotta, hogy az új modellben az ellátást megállapító szervezet nem a nyugdíjbiztosítási szerv, hanem a rehabilitációs és szociális szakértői feladatokért felelős szervezet volt, s az Mmtv. szerinti ellátások fedezetét az Egészségbiztosítási Alap biztosította.³¹ A társadalombiztosítási jelleg korlátozott érvényesülését az is mutatta, hogy az új ellátások összegét a törvényalkotó több esetben maximálta. A megváltozott munkaképességűek rendszerének a nyugdíjrendszerről való leválasztását azzal is hangsúlyozta az Mmtv., hogy erre az ellátás kizárólag az öregségi nyugdíjkorhatárt be nem töltött személyek voltak jogosultak. A korábbi, öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személyek ellátásai – változatlan összeggel – öregségi nyugdíjja alakultak át.

A komplex minősítés, az összességében csökkenő ellátási szint, valamint az erős együttműködési kötelezettség elvileg a rehabilitáció és a munkaerőpiacra való visszatérés ösztönzését szolgálta, azonban a szabályozás nem a korábbi, alkalmassá tételt központba helyező, hanem a szankcionáló jellegű megoldásokra összpontosító jellegű megközelítést alkalmazta, azaz a bismarckias modellel szemben számos angolszász jellegű elem jelent meg a rendszerben.

Mindezeket túl az új rendszerben a korábbi társadalombiztosítási ellátások mellett ebbe az egységesített rendszerbe olvasztottak bizonyos, korábbi, a biztosítási elvet csak részlegesen érvényesítő ellátásokat, valamint bizonyos normatív módon szelektív ellátásokat és egyes rászorultsági jellegű juttatásokat, azaz a korábbi rendszer második pillérének ellátásait. Csak egyes, a foglalkozási sajátosságból fakadó sajátos ellátások tudtak függetlenek maradni ettől a rendszertől (pl. a balettművészi életjáradék, a fegyveres szervek szolgálati járandósága és az átmeneti bányászjáradék).³²

Továbbra is fennmaradt az önállósága a rászorultsági pillérnek, sőt a segélyezési rendszer 2015. március 1-jével hatályba lépő rendszerében még erősödött is a rehabilitációs rendszerhez való kötődés akkor, amikor a rendszeres szociális segélyt az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás váltotta fel, amelynek „egészségkárosodási” oldala éppen a megváltozott munkaképességű és fogyatékos személyeknek nyújt egyfajta „végső menedéket”.

Így a gyakorlatilag kétpilléressé váló rendszerben az egységesítés révén a társadalombiztosítási elv szerepe is szűkebb körre korlátozódott, amelynek egyfajta következményeként is – a kormányzati célkitűzésekkel (a Széll Kálmán Tervvel) összhangban – jelentősen csökkent az ellátásokra fordított költségvetési kiadások összege is.

3. táblázat Rehabilitációs és rokkantsági ellátások a nyugdíjkorhatárt be nem töltött személyek részére 2011-ben és 2013-ban

Év	Költségvetési kiadások (M Ft)
2011	380 245,7
2013	349 000,0

Forrás: 2010: CLXIX. törvény és 2012: CCIV. törvény, saját szerkesztés

A rehabilitáció sajátos formája: szociális intézményi foglalkoztatás

³¹ L. Hoffman (2013) 248.

³² L. a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balettművészeti életjáradék és az átmeneti bányászjáradék eljárási szabályairól, valamint egyes kapcsolódó kormányrendeletek módosításáról szóló 333/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet rendelkezéseit.

A szociális szolgáltatások széles körben célozzák a tágabb és a szűkebb értelemben vett rehabilitációt. Figyelemmel arra, hogy a szociális szolgáltatások rehabilitációs rendelkezéseinek részletes bemutatása jelentősen meghaladná jelen tanulmány kereteit, ezért e körben a (foglalkoztatási) rehabilitációhoz leginkább kötődő jogintézményt, az *ellátottak szociális intézményen belüli foglalkoztatásának* főbb jellemzőit mutatom be.

Ennek a foglalkoztatásnak az intézményesítése több célt szolgál. Egyrészt a foglalkoztatás a szociális gondoskodás részét képezi, amikor is a gondozási tervben foglaltakkal összhangban rehabilitációs vagy fejlesztő célokat szolgál. Másrészt ez a foglalkoztatás a szociális intézményen belüli, foglalkoztatási jellegű jogviszony, amelynek erős a munkajogi kötődése is. Ez a munkajogi kötődés különösen erős volt a 2012. évi Mt. és a 2013. évi Ptk. megalkotása előtt, amikor is a cselekvőképtelen személyek nem vagy alig köthettek foglalkoztatásra irányuló szerződést. Figyelemmel arra, hogy a személyes jellegű szociális szolgáltatásban részesülő személyek egy viszonylag jelentős hányada gondnokság alatt állt – s a régi Ptk. hatálya alatt ezen a körön belül jelentős volt a cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt állók aránya – ezért a cselekvőképességükben korlátozott személyek foglalkoztatása szempontjából külön jelentősége van ennek a foglalkoztatási formának. Ez az elem jelent meg a 39/2011. (V. 31.) AB határozatban is, amely megállapította, hogy az Szt. szerinti intézményen belüli foglalkoztatás fontos eleme a cselekvőképességében korlátozott személyek munkához való jogának biztosításában, de önmagában ez az intézményrendszer nem elegendő, így mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenességet állapított meg, amelynek megszüntetésére 2011. december 31-ei határidőt szabott. Az Országgyűlés végül a kérdést a Mt. megalkotásával, s különösen az Mt.-nek a cselekvőképtelen munkavállalókra vonatkozó 212. §-ának az intézményesítésével oldotta meg. Így az intézményen belüli foglalkoztatás, mint sajátos foglalkoztatási jogviszonynak az Mt. jelenti a mögöttes szabályrendszerét.

A Szt. elsőként meghatározza a szociális foglalkoztatás fogalmát. Szociális foglalkoztatásról elsőként akkor beszélünk, ha az az intézményben ellátott személy és az intézmény között jön létre, így ez a sajátos jogviszonynak az *alanyai* pontosan meghatározottak. Amennyiben nem ezen alanyok között jön létre a jogviszony, akkor az nem minősülhet szociális foglalkoztatásnak. A másik feltétel a jogviszony sajátos *tárgya*, azaz, hogy a jogviszony keretében végzett *foglalkoztatásnak az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint* kell lennie. Azaz, ha a gondozási, fejlesztési és rehabilitációs tervek – amelyekről már korábban részletesen szoltunk, s amelyek részletes szabályait az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 7-12. §-ai tartalmazzák – nem rendelkeznek a foglalkoztatás lehetőségéről, akkor arra nem kerülhet sor, illetve ezeknek a terveknek kell tartalmazniuk azt is, hogy milyen jellegű, milyen időtartamú és munkaidejű foglalkoztatásra kerülhet sor. Azaz, a tervben meghatározott, a foglalkoztatásra vonatkozó rendelkezésektől a későbbiekben sem lehet eltérni. Az intézményben *ellátott személy védelme* érdekében a Szt. rögzíti, hogy a foglalkoztatásra csak az ellátott meglévő képességeire építve, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelően kerülhet sor. A Szt. 99/B. § (1) bekezdése alapján a szociális foglalkoztatás *két típusát* különíthetjük el: a munka-rehabilitációt és a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatást, amelyeket a jogviszonyokat részletesen szabályozó 99/D. és 99/E. §-ok magyarázata körében mutatunk be részletesen.

A szociális foglalkoztatási viszony alanyaként az *intézményi foglalkoztató* annyiban is sajátos, hogy nem minden intézmény létesíthet ilyen jogviszonyt. A Szt. rögzíti, hogy szociális foglalkoztatásban foglalkoztatóként az a személy, illetve szervezet vehet részt, aki erre a szociális hatóság által kiadott engedéllyel, az ún. *szociális foglalkoztatási engedéllyel* rendelkezik. A szociális foglalkoztatás személyi és tárgyi feltételeit, engedélyezésének és szakmai ellenőrzésének részletes szabályait a 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet tartalmazza. Ennek megfelelően *foglalkoztató* a munkarehabilitáció esetében a szociális intézmény, illetve

a nem állami, a szociális tevékenységet ellátó egyházi jogi személy fenntartója, azaz intézményi foglalkoztató lehet. A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetében pedig az intézményi foglalkoztató mellett foglalkoztató lehet a szociális intézménnyel, illetve a fenntartóval az ellátottak szociális foglalkoztatására megállapodást kötött személy, szervezet (ún. külső foglalkoztató).

A *foglalkoztatottak* tekintetében is sajátos a lehetséges alanyok köre, ugyanis a Szt. 99/B. § (3) bekezdése rögzíti, hogy a szociális foglalkoztatás feltétele az ellátott *rehabilitációs alkalmassági vizsgálatának* elvégzése, ennek részletes szabályait a 92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet tartalmazza. A vizsgálat a rehabilitációs feladatokat ellátó közigazgatási szerv melletti szakértői bizottságok által kiadott szakvéleményen alapul. A szakvéleménynek rögzítenie kell, hogy ellátott a szociális foglalkoztatása elősegíti-e a fogyatékosága, pszichiátriai betegsége, szenvedélybetegsége, hajléktalansága vagy külön jogszabály alapján korábban már megállapított egészségkárosodása miatt szociális intézményi ellátásra szoruló ellátott esetén a szociális foglalkoztatás Szt.-ben meghatározott céljainak elérését. Amennyiben ez nemleges lenne, akkor foglalkoztatásra nem kerülhet sor. Szintén a Korm. rendelet rögzíti, hogy fejlesztő-felkészítő foglalkozás csak az 55. életévét, munka-rehabilitáció pedig az öregségi nyugdíjkorhatárt be nem töltött ellátott által látható el. A szakvéleménynek arra is ki kell térnie, hogy az ellátott szociális foglalkoztatásban történő részvételre alkalmas-e és az ellátott szociális foglalkoztatása szükséges-e, valamint tartalmaznia kell a javasolt szociális foglalkoztatási formát és munkaidőt, ha a szakértői bizottság az ellátott szociális foglalkoztatását javasolja.

A szakvélemény alapján a *szociális intézmény vezetője dönt* a foglalkoztatásról. Erről a döntésről *írásban értesíti* az ellátottat, illetve törvényes képviselőjét, valamint – amennyiben az ellátott munkavégzésre irányuló jogviszonyban áll – az ellátottat foglalkoztató személyt, illetve szervezetet. Mivel az intézményvezető döntése egy sajátos, mérlegelésen alapuló döntés, s ez erőteljesen kihat az ellátott helyzetére, ezért *sajátos jogorvoslati rendszert* alakít ki az Szt.

A rehabilitáció, mint célkitűzés egyre fontosabb szerepre tett szert a szociális jogban mind a pénzbeli, mind a személyes jellegű ellátások terén. A rehabilitációs elv erősödése a pénzbeli ellátások terén együtt járt a hagyományos, bismarckias struktúrák erodálódásával, míg a személyes jellegű ellátások körében ehhez köthető a sajátos, intézményen belüli foglalkoztatási jogviszony kialakulása.

Záró gondolatok

Egy 2001-ben készült felmérés szerint az Európai Unió 15 tagállamában az aktív korú (16-64 év közötti) lakosság 14,5%-a rendelkezett valamilyen fogyatékosággal, s a bővítések után ezt a számot 25%-ra becsülték. Mindez természetesen az előregedés és a fogyatékoság közötti kapcsolatra is rámutatott, hiszen az előregedő társadalom a fogyatékosággal élő emberek számának növekedésével jár. A fogyatékosággal élő emberek 42%-a foglalkoztatott, míg 52%-a inaktív, éppen ezért a célcsoport az Európai Unión belül a gazdasági fejlődés egyik potenciális mozgatórugójává vált.³³

Magyarországon a 2001. évi népszámlálás adatai szerint 577 ezer fogyatékos ember élt, a népesség 5,7 százaléka. Az 1990-es adatokhoz képest a számuk jelentősen emelkedett. Ennek magyarázata lehet az is, hogy az 1990-es népszámlálás nem volt teljeskörű, valamint többen vállalták fogyatékoságukat.³⁴ 2011-ben a 15–64 évesek 21,5%-a, összességében 1 millió 439

³³ Equal opportunities for people with disabilities: European Action Plan (2004-2010)

³⁴ A fogyatékos emberek vizsgálatára már a XIX. században sor került, mivel az akkori „szociálisan érzékeny” kormányzat úgy döntött, hogy felveszi ezt a kérdést a népszámlálások programjába. Ennek köszönhető, hogy a fogyatékos emberekkel kapcsolatos témakör már a legrégebbi magyar népszámlálásokban is szerepel: az 1870 és

ezer fő számolt be tartósan, legalább hat hónapig fennálló egészségi problémáról, betegségről. Ez mintegy 669 ezer férfit és 770 ezer nőt jelentett. 2011-ben az 1 millió 472 ezer magánháztartásban élő tartósan fennálló egészségi problémát, betegséget, illetve korlátozottságot jelző 15–64 éves személy (685 ezer férfi, illetve 787 ezer nő) 52,1%-a nyilatkozott úgy, hogy a munkavállalásban, illetve munkavégzésben egészségi állapota miatt akadályozva érzi magát. Ez az összességében 767 ezer fő – 354 ezer férfi és 413 ezer nő – tekinthető tulajdonképpen megváltozott munkaképességűnek.³⁵

Magyarországon jelenleg körülbelül 1153 akkreditált munkáltatónál, körülbelül 24.400 fő megváltozott munkaképességű személyt foglalkoztatnak.³⁶

A megváltozott munkaképességűek gazdasági aktivitási mutatói nagyon kedvezőtlenek, a munkaerőpiacon erősen alulreprezentáltak. A 767 ezer 15-64 éves megváltozott munkaképességű emberből 185 ezren tartoztak 2011. II. negyedévben a gazdaságilag aktívak közé, 46 ezren pedig munkanélküliek voltak.³⁷

A számokból is látható, hogy a fogyatékossgal és megváltozott munkaképességgel élő emberek foglalkoztatása az állami foglalkoztatáspolitikai egy meghatározó része, *amennyiben a foglalkoztatásuk nem szociális kérdés*. A rehabilitáció szoros kapcsolatot mutat a versenyszféra jogával a munkaerő-piacra integrálás, kihelyezés kapcsán. Természetesen elengedhetetlen a passzív eszközök reformja, azonban a rehabilitáció alanyának munka világába való eredményes bekapcsolása csak az aktív és passzív eszközök egyensúlyban tartásával valósítható meg.³⁸

1949 közötti valamennyi népszámlálásban megtalálhatók voltak a testi és szellemi fogyatékossga vonatkozó kérdések. Bár az 1960., 1970. és 1980. évi népszámlálási programokból kimaradtak a fogyatékossgát tudakoló kérdések, de a KSH különböző kismintás lakossági adatfelvételeiben már foglalkoztak a témával az 1980-as években. Az 1990. évi és a 2001. évi népszámlálások programjában az egészségi állapottal kapcsolatos egyedüli kérdésként szerepelt, 1990-ben a népesség 20 százalékát kérdezték meg erről a témáról, 2001-ben a lakosság teljes körétől tudakolták meg ezt a kérdést. Tausz, K. – Lakatos, M. (2004): A fogyatékos emberek helyzete. *Statisztikai Szemle*, (82.) 4, 371-391.

³⁵ Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon, 2011, Központi Statisztikai Hivatal, 2012. május; <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf> (2014.07.08.) 3. 6.

³⁶ A Magyar Akkreditált Munkáltatók Országos Érdekvédelmi Szövetségének tájékoztatása szerint, amelyet az NRSZH dokumentumai alapján állítottak össze

³⁷ Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon, 2011, Központi Statisztikai Hivatal, 2012. május; <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf> (2014.07.08.) 7.